



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Factores relacionados al uso inadecuado del servicio de
emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
durante julio del 2012 a julio 2013**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres

AUTOR

Luis Petter Pacheco Lugo

LIMA – PERÚ
2014

INDICE

	Pág.
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO	6
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN.....	6
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	7
2.3 MARCO TEORICO.....	13
2.4 HIPOTESIS	17
2.5 OBJETIVOS	17
2.5.1 OBJETIVO GENERAL	17
2.5.2 OBJETIVO ESPECIFICO	18
3. MATERIAL Y METODOS	19
3.1 TIPO DE ESTUDIO	19
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	19
3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR.....	19
3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	19
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	20
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSION	20
3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	20
3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS	21
3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	21
4. RESULTADOS	22
5. DISCUSIONES	31
6. CONCLUSIONES	33
7. RECOMENDACIONES	34
8. BIBLIOGRAFIA.....	35
9. GLOSARIO.....	38
10. ANEXOS	39

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores relacionados al uso inadecuado del servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante Julio del 2012 a Julio del 2013.

METODOLOGÍA: El estudio es analítico, prospectivo, observacional y transversal. El muestreo es no probabilístico, se realizó una encuesta a 336 pacientes del servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante julio del 2012 a julio del 2013. Para medir la relación de variables se utilizó la prueba estadística chi-cuadrado con una significancia del 5%.

RESULTADOS: De los 336 pacientes de estudiados, tuvieron como edad promedio 47 ± 7.3 años, fueron de sexo femenino (52.7%) y convivientes (29.2%). Entre los factores predisponentes, la mayoría tienen grado de instrucción secundaria (34.2%) y con tipo de familia extensa (49.1%), tenían actividad laboral informal en la mayoría de los casos (45.8%). Con respecto a los factores facilitadores, el 33.3% de los pacientes tenía un ingreso menor a S/ 750 nuevos soles, la mayoría tenía un seguro SIS (73.8%), los pacientes mayormente acuden de día al centro de salud (70.5%). Por otro lado, el 76.2% acude de lunes a viernes al centro de salud, el tiempo de demora fue entre 16 a 45 minutos (46.7%) mientras que el 58.9% acude a su atención con un acompañante y la mayoría provenían del Callao. En cuanto a los factores de necesidad, el 60.7% manifestó reconocer el problema o percibe la gravedad de la realidad, mientras la decisión de buscar asistencia médica en la mayoría fue por su propia cuenta (76.2) y el 85.4% de los pacientes demandaron asistencia urgente o inmediata. El 78.6% de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencia fueron clasificados inadecuadamente (Prioridad III, IV y V), solo el 21.4% fueron clasificados adecuadamente (Prioridad I y II). Se evaluó la relación entre la prioridad del paciente y los posibles factores asociados, obteniéndose como resultado, que la actividad laboral o tipo de trabajo ($p=0.023$), el nivel de ingreso mensual ($p=0.035$), el tipo de seguro ($p=0.001$), la hora a la que acude al centro de salud ($p=0.02$), el día de la semana que acude ($p=0.015$) y el lugar de residencia ($p=0.038$), el reconocimiento del problema o percepción de gravedad si estaba relacionada con la prioridad del pacientes ($p=0.045$), así como la decisión de buscar asistencia médica ($p=0.025$) y demandar asistencia urgente o inmediata ($p=0.017$). No obstante el tipo de familia no se evidencio relación significativa ($p=0.118$), tampoco lo hizo el grado de instrucción ($p=0.06$), el tiempo de demora de atención y si va el paciente con acompañante no evidenciaron relación significativa ($p=0.265$) y ($p=0.879$).

CONCLUSIONES: Se determinó que los factores que estaban relacionados con el uso inadecuado del servicio de emergencia fueron el tipo de actividad laboral, el nivel de ingreso mensual, el tipo de seguro, la hora y el día de la semana que acude al centro de salud, el lugar de residencia, la percepción de gravedad, la decisión de buscar asistencia médica y la demanda de asistencia urgente o inmediata.

PALABRAS CLAVES: Factores (predisponentes, facilitadores, de necesidad) Prioridad (I, II, III, IV y V)

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the factors related to inappropriate use of Emergency service of Daniel Alcides Carrión National Hospital during July 2012 to July 2013.

METHODOLOGY: Analytical, prospective, observational and transversal study. Sampling was not probabilistic; it was applied a survey to 336 patients from the Emergency service of Daniel Alcides Carrión National Hospital during July 2012 to July 2013. To measure the ratio of variables, chi-square test statistical with a significance of 5% was used.

RESULTS: Of 336 patients studied, the average age was 47 ± 7.3 years old, female (52.7%) and cohabiting marital status (29.2%). Among the predisposing factors, most had secondary level education (34.2%) and extended family type (49.1%). They had informal labor activity in most cases (45.8%). Regarding the enabling factors, 33.3% of patients had an income of less than S/.750, most had SIS insurance (73.8%); patients mostly come in day to the health center (70.5%). On the other hand, 76.2% attend Monday to Friday at the health center; the delay time was between 16 to 45 minutes (46.7%), while 58.9% goes to their attention with a companion and most came from Callao. As for the need factors, 60.7% stated recognize the problem or perceived severity of reality, while the decision to seek medical care in most was their own (76.2) and 85.4% of patients demanded assistance urgent or immediate. The 78.6% of patients attending to Emergency Services were classified improperly (Priority III, IV and V), only 21.4% were classified properly (Priority I and II). It was evaluated the relationship between the priority of the patient and the associated factors, yielding results that race was related to the priority of the patients ($p=0.01$), work activity or job type ($p=0.023$), the monthly income level ($p=0.035$), type of insurance ($p=0.001$), the time they go to the health center ($p=0.02$), day of the week that they go ($p=0.015$), place of residence ($p=0.038$), recognition of the problem or perception of severity were related to the priority of the patients ($p=0.045$) as well as the decision to seek medical care ($p=0.025$) and demand urgent or immediate assistance ($p=0.017$). However, the type of family did not have significant relationship ($p = 0.118$), nor did the level of education ($p=0.06$), the delay of care and if the patient goes with companion ($p = 0.265$) and ($p = 0.879$).

CONCLUSIONS: It was determined that the factors that were related to inappropriate use of the emergency service were patient race, type of work activity, the level of monthly income, type of insurance, time and day of the week they go to health center, place of residence, perceived severity, the decision to seek medical care and demand for urgent or immediate assistance.

KEYWORDS: Factors (predisposing, enabling, need). Priority (I, II, III, IV and V)

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas que el 55 % de las asistencias en los servicios de emergencia se realizan a pedido de las quejas no urgentes de los pacientes, sin embargo son más adecuados para la atención primaria ⁽²⁾ en los países de Europa y EE.UU ⁽⁴⁾.

El servicio de emergencia ofrece un tratamiento inicial de pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales y requieren atención inmediata, generalmente están disponibles a cualquier hora del día o de la noche ⁽¹⁾.

Un estudio de los médicos del área de Nueva York en febrero de 2007 reveló que las lesiones e incluso muertes han sido causadas por el exceso de espera de camas de hospital por pacientes con emergencias. Un estudio de 2005 encontró que para un paciente en la sala de emergencia el tiempo de espera promedio es de 2,3 horas.

Cambiar de opinión al paciente con respecto al uso adecuado del servicio de emergencia no es tarea fácil, por el contrario si las expectativas de servicio del paciente no se cumple, hay que implementar formas para que no haya deserción de pacientes pero que a la vez no signifique costos innecesarios para el hospital debido a la falta de eficiencia en los recursos tecnológicos y humanos.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión cuenta con un servicio de emergencias con atención las 24 horas del día, sin embargo al igual que en muchos hospitales alrededor del mundo dicho servicio es saturado por la atención de pacientes que no presentan los suficientes síntomas como para ser considerado una emergencia, esto incrementa la ocupación de profesionales altamente clasificados en atenciones no prioritarias, de la misma forma el uso de tecnología especializadas se vuelve ineficiente repercutiendo de esta manera en mayores costos para el hospital.

Por las razones expuestas nace la necesidad de realizar investigaciones en este tema como el objetivo de conocer cuáles son los factores que están relacionados al uso inadecuado del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN

Descripción del problema

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche ⁽¹⁾

Los proveedores de salud y los investigadores, tanto en Europa como en los EE.UU. han afirmado desde hace varias décadas que hasta el 55 % de las asistencias en los servicios de emergencia se hacen para las quejas no urgentes que son más adecuados para la atención primaria⁽²⁾. Esto se ha asociado con un bajo nivel socioeconómico, el bajo nivel educativo y la edad temprana⁽³⁾ El incremento de la demanda se atribuye al crecimiento de la población, su envejecimiento, al aumento de la prevalencia de patologías crónicas, pero también y en gran medida a la utilización del Servicio de Urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes.^(4,3) Aumenta la frecuencia de uso de los SUH, pero no lo hace el porcentaje de pacientes graves El uso creciente de los SUH por problemas no urgentes supone una preocupación generalizada por dos razones fundamentales⁽⁴⁾:

1. El uso del SUH por condiciones que pueden resolverse desde la atención primaria (AP) frecuentemente revela problemas de acceso a estos servicios. Este aspecto que, en los estudios estadounidenses, se atribuye a problemas de accesibilidad económica, se repite en otros países con sistemas sanitarios muy diferentes que garantizan la cobertura universal, y concretamente en España, donde la falta de accesibilidad cultural o administrativa tiende a suplirse con la utilización de los SUH.

2. El exceso de coste para el sistema sanitario asociado con el tratamiento de problemas no urgentes en los SUH: utilización de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados y costes de oportunidad, ligados a fenómenos de aglomeración y

prolongación de tiempos de espera. Aunque el coste marginal de la atención en el SUH de un problema no urgente es mínimo, se ha demostrado la rentabilidad de utilizar médicos generalistas para el diagnóstico y tratamiento de los procesos banales, sin un aumento asociado de los efectos adversos.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores relacionados al uso inadecuado del servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante julio del 2012 a julio del 2013?

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Sánchez J., Bueno A., hicieron un estudio en el servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del hospital médico quirúrgico ciudad sanitaria Virgen de las Nieves-Granada; sobre los factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalarias, encontraron que los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche. El esquema más utilizado para analizar la utilización de servicios de urgencia ha sido el propuesto por Andersen que postula el uso de los servicios médicos como el resultado de tres componentes fundamentales: predisposición para utilizar los servicios (factores predisponentes), capacidad para obtenerlos (factores facilitadores) y nivel de enfermedad (factores de necesidad). En relación al funcionamiento del resto del hospital, el crecimiento de los SUH provoca falta de espacio físico en otros servicios. La elevada demanda de pruebas complementarias da lugar a la sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología, aumento de las listas de espera y pérdidas de productividad.⁽⁵⁾

Gómez, J.; Becerra, O.; y col.(2006), efectuaron un estudio sobre el análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria; los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) es una realidad creciente, que refleja los problemas de adecuación en la utilización de dichos servicios y las deficiencias en la coordinación entre éstos y los servicios de atención primaria de salud. El triaje estructurado permite

analizar la casuística de los SUH mediante sistemas de clasificación basados en el grado de urgencia de los pacientes, como los Grupos Relacionados por la Urgencia, el Destino desde urgencias y la Edad (GRUDE). La utilización de los SUH para la atención de situaciones con baja urgencia y baja complejidad genera una serie de disfunciones que afectan a la organización y la eficiencia de los hospitales, a los usuarios y al conjunto del sistema sanitario. En el ámbito hospitalario, la atención de este tipo de pacientes sobrecarga los SUH, y puede influir negativamente en la calidad asistencial, lo que incrementaría los riesgos para los pacientes más urgentes, disminuiría la eficiencia global del servicio, y deterioraría el clima laboral y la calidad percibida por el usuario. El análisis de la casuística, basado en el nivel de urgencia de los pacientes y el criterio de alta, permite estimar la proporción de pacientes potencialmente derivables. El análisis de su perfil clínico puede ser útil para establecer protocolos de derivación.⁽⁶⁾

Para Alvarez B. y col., en su “Estudio del Triage y Tiempos de Espera en un Servicio de Urgencias Hospitalario”, se observó que: La sobrecarga de trabajo condiciona irremediablemente una disminución en la calidad asistencial, y para esto existen dos soluciones: 1.^a) disminuir la demanda mediante la mejora de la asistencia prehospitalaria y la educación sanitaria de la población, y 2.^a) aumentar las prestaciones, organizando el trabajo y creando circuitos de triage. 2. El triaje se consolida como un sistema eficaz de ordenación del trabajo asistencial, para dar respuesta inmediata a la demanda masificada dentro de los S.U.H., facilitando el trabajo del personal y disminuyendo la ansiedad de los enfermos y familiares ante la espera. 3. Los grupos de clasificación establecidos (códigos de color) muestran una elevada relación con el destino del paciente (eficacia del triaje), si bien existe una tendencia a la sobrevaloración de las patologías graves en nuestros resultados. 4. El estudio de tiempos de espera nos revela que, para una proporción de urgencias importante, la oferta asistencial sigue siendo deficitaria respecto a la demanda, ya que el tiempo de permanencia en el área es de 124,42 minutos y la estancia total es de 162.62 minutos lo que fue justificado por la diversidad de las patologías y la cantidad de los pacientes es por eso que este estudio obligará a estudios posteriores.⁽⁷⁾

Según Llorentee S. y col, en su estudio sobre “ Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias” se precisó conocer las características

de la población atendida y analizar los momentos del proceso asistencial que son responsables potenciales de demora, observando que la edad media es de 63 años, constituyendo la patología cardiocirculatoria, respiratoria, digestiva y neurológica el 65% de los diagnósticos, el paciente permanece el 48.7% de su tiempo esperando resultados de pruebas complementarias, si el paciente ingresa la gestión de la cama de hospitalización demora la permanencia en U.G. una media de otros 126.4 minutos Concluyendo que la edad, patología y gravedad del paciente atendido en Urgencias Generales de nuestro hospital contribuyen a alargar los tiempos de estancia medios. La realización de numerosas pruebas complementarias y la demora en la gestión de camas de hospitalización constituyen los “cuellos de botella” más importantes para la agilidad del servicio.⁽⁸⁾

Para Zaragoza M, y col. Describieron la evolución de la frecuentación del servicio de urgencias hospitalario (SUH) en 10 años (1998-2007), en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres), de la proporción de ingresos respecto al total de urgencias atendidas y de la presión de urgencias fue un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, se utilizó las bases de datos del Servicio de Admisión, para obtener el número de urgencias atendidas cada año, los ingresos totales y los realizados desde el SUH. También hemos obtenido del Instituto Nacional de Estadística Español los mismos datos por comunidades y los globales del país. Observándose que la frecuentación del SUH en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia ha aumentado un 28,9% en todo el periodo estudiado (incremento anual del 2,8%) y no se correlaciona con el aumento poblacional, que ha sido del -3,8% en el mismo periodo. En cambio, ha disminuido la proporción de ingresos respecto a las urgencias atendidas un 4%, así como la presión de urgencias en un 9%. Este comportamiento ha sido similar al observado en Extremadura y el resto de España. Concluyendo que en 10 años la frecuentación hospitalaria ha aumentado pero ha disminuido la proporción de ingresos realizados desde Urgencias, tanto en el Hospital Virgen del Puerto como en el resto de España.⁽⁹⁾

De 2001 a 2009, las visitas anuales aumentaron 15,9 a 19,8 millones de dólares, un incremento del 24,5 %. El número de pacientes externos crecieron menos que los

ingresos hospitalarios (20,2% vs 33,1 %); unidad de admisiones de cuidados intensivos aumentaron 131,3 %. Las razones de las visitas se mantuvieron sin cambios durante el estudio; las principales quejas fueron dolor torácico, disnea y dolor abdominal. Intensidad de recursos creció dramáticamente: la tomografía computarizada 167,0 %, los análisis de orina del 87,1%, 79,3 % monitorización cardíaca, la administración de líquidos por vía intravenosa 59,8 %, los análisis de sangre de 44,1 %, el 43,4% utiliza el electrocardiograma, los procedimientos para el 38,3%, y la proyección de imagen radiográfica 36,4 %. Entre 2005 y 2009, el uso de imágenes por resonancia magnética creció 84,6 %. La proporción de recibir un medicamento potencialmente inapropiado disminuyó de 9,6 % en 2001 al 4,9% en 2009, mientras que la proporción observada en el servicio de urgencias, dado de alta, y posteriormente readmitido en el hospital aumentó del 2,0 % al 4,2 %. Concluyéndose que los adultos mayores representaron 156 millones de visitas a urgencias en los Estados Unidos desde 2001 hasta 2009, con un aumento constante de las visitas y el uso de recursos en todo el período de estudio. Los ingresos hospitalarios crecieron más rápido que las consultas externas. Si los cambios en la atención primaria no afectan a estas tendencias, las instalaciones tendrán que planificar para acomodar cada vez mayores demandas de la disfunción y los servicios hospitalarios. ⁽¹⁰⁾

Chavez A, Vasquez J, en su estudio de calidad de servicio de emergencia del Hospital Central de la PNP, evaluaron a través de indicadores de calidad la atención brindada en el servicio de emergencia del hospital PNP encontrando que 68518 pacientes, de los cuales fueron considerados realmente emergencia 2.18%, urgencias 19.1% y no urgencias- no emergencias 78.72% influyendo este último grupo de pacientes en las variables de proceso de calidad a expensas de un mayor rendimiento en las variables de resultado. El promedio de atenciones durante el año fue de 188.8 pacientes/día, existiendo un incremento acumulado mensual del 2% en el número de pacientes. La tasa de mortalidad de la UST-R e intermedios fue de 9.26 y 0.86 respectivamente La patología con mayor índice de mortalidad fue la infecciosa (36.8%), seguido por la cardiovascular (19.2%) y al tumoral (14%) finalmente el rendimiento cama fue de 35.72% y el de ocupación el 80.51%. Los resultados encontrados no se diferenciaron en

forma significativa con los datos publicados por otros hospitales similares del ámbito nacional (HN2M y HNCH).⁽¹¹⁾

Girbés J, Calduch J. (2006). En este estudio se describió los tiempos del proceso de asistencia en Urgencia y contrastar la influencia de los tiempos reales y percibidos en la satisfacción expresada por el paciente. Analizar las variables que pueden influir en los tiempos de espera. Se determinó una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del paciente y el tiempo percibido por el mismo con $F: 4,84$, $p < 0,029$. No hubo una relación significativa entre la información dada al paciente ($t: -1,76$, $p: 0,08$) o a la familia ($t: -0,35$, $p: 0,73$) con la percepción del tiempo transcurrido en Urgencias. Se encontró que los factores que se relacionaron con un mayor tiempo en Urgencias fueron: mayor edad, mayor gravedad, permanecer en cama, venir acompañado y el tiempo que transcurrió antes de ser valorado por algún sanitario. Se comprobó una relación significativa entre el tiempo total percibido y la satisfacción del mismo que no se observó con el tiempo total real.⁽¹²⁾

Alonso M., Hernández R., Busto F., y Cueto A., estudiaron la utilización del Servicio de Urgencias de un hospital durante un año. La utilización de los servicios de urgencias de los hospitales ha aumentado de forma alarmante en los últimos años, acudiendo gran parte de los usuarios de forma directa. Ante este problema hemos considerado justificado realizar este estudio para conocer la situación de las urgencias hospitalarias en nuestro medio. Se realizó un estudio prospectivo sobre una muestra aleatoria y representativa de los pacientes atendidos durante un año (junio de 1987 a junio de 1988) en el Servicio de Urgencias del hospital de un área sanitaria de Asturias. Donde la frecuentación fue de 116 por mil habitantes y año, siendo la población senil la que más utilizó este servicio. De 12 a 16 h. se produjo la mayor afluencia de pacientes. Los varones acudieron con una frecuencia significativamente superior a las mujeres. Más de la mitad de los pacientes accedieron por iniciativa propia. El porcentaje de ingresos y de urgencias justificadas fue significativamente superior entre los pacientes derivados por un médico que entre los que acudieron directamente y mayor cuando el médico pertenecía a un Centro de Salud respecto a los del modelo tradicional.⁽¹³⁾

En un artículo sobre "Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un Problema del Sistema" La saturación de los servicios de urgencias ha sido un problema en Ontario durante muchos años⁵, y ha sido señalada como la culpable

en varios casos trágicos en relación con los retrasos en la atención de cuidados a los pacientes que acababan de llegar a urgencias. La saturación ha conducido también a altos porcentajes de desvíos de ambulancias y a problemas para proveer las unidades de médicos y enfermeras debido al alto nivel de estrés y el bajo estado de ánimo. Todo ello estaba llegando a ser un problema político. En respuesta a estas presiones, el gobierno encargó un informe en la materia en 2006. El informe revisó el problema de la saturación en general e hizo muchas recomendaciones, pero los principales puntos clave del informe fueron los siguientes:

- La saturación de los servicios de urgencias es debida fundamentalmente a pacientes enfermos que necesitan cuidados y a menudo camas de ingreso, y no al uso de los servicios de urgencias de forma inapropiada por problemas de bajo nivel de gravedad (los cuales requieren pocos recursos). Así pues, reducir la demanda de los servicios de urgencias de estos últimos sólo sería una parte pequeña de la solución.
- La saturación de los servicios de urgencias se debe más frecuentemente a la falta de camas de ingreso de pacientes durante extensos periodos de tiempo. Reducir o eliminar esto debería mejorar ampliamente la eficiencia de los servicios de urgencias.
- El problema está basado en el sistema, y relacionado con la falta de incentivos o incluso con incentivos inapropiados para los administradores de los hospitales, así como con problemas más amplios del sistema sanitario.⁽¹⁴⁾

Los objetivos de este estudio fueron estimar la prevalencia de dichas consultas y describir los motivos para realizarlas. **Vinelli N, et al.** Realizaron un estudio transversal y descriptivo, en un hospital pediátrico. Se incluyeron pacientes mayores de 30 días y menores de 18 años de edad, que consultaron durante las 24 h, en días laborables y no laborables. Se definieron como consultas no urgentes a aquellas que correspondían al nivel 5 de la clasificación del Emergency Severity Index. Se incluyeron 249 consultas; 59% de las cuales fueron no urgentes. El motivo más frecuentemente referido fue dificultad para obtener turno en un centro de atención primaria (42,9%). Las consultas no urgentes fueron más frecuentes los días laborables ($p=0,007$), realizadas por cuidadores que vivían a menos de 15 km del hospital ($p=0,003$) y que concurrían al

Departamento de Urgencias cuando eran niños ($p=0,005$). Los pacientes con enfermedades crónicas ($p=0,001$), aquellos que fueron derivados por otro profesional ($p=0,002$) y los cuidadores que vivían sin otro adulto en su hogar ($p=0,002$) consultaron menos frecuentemente por motivos no urgentes. Concluyéndose que la frecuencia de consultas no urgentes fue alta y que el principal motivo referido fue la dificultad para obtener un turno con un centro de atención primaria⁽¹⁵⁾

2.3 MARCO TEÓRICO

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche ⁽¹⁾

Factores asociados a la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios

- Factores predisponentes: Características demográficas.
- Factores facilitadores: Incluyen características individuales (nivel de ingresos o tipo de seguro) y características poblacionales (disponibilidad y accesibilidad de servicios)⁽¹⁶⁾
- Factores de necesidad: Se incluye en este apartado el estado de salud percibido y la posible limitación de la actividad por problemas de salud ⁽¹⁷⁾

Factores asociados al uso inadecuado de la urgencia

- Variables demográficas
- Variables relacionadas con el estado de salud: La existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud se asocian con mayor frecuencia de uso de los SUH, pero con menor porcentaje de uso inadecuado ⁽¹⁸⁾
- Factores relacionados con la organización sanitaria
- Interacción con el sistema sanitario: Muchos estudios señalan la carencia de servicios alternativos como una de las causas fundamentales de uso inadecuado de los servicios de urgencia.
- Necesidad percibida

- Factores de entorno: Distancia al hospital, día de la semana, hora de consulta, entorno social, forma de acceso a urgencias (19)
- Tipo de demanda

Hay que entender que en la medicina de urgencias y emergencias existe un criterio definitorio fundamental: “el factor tiempo”. Según este criterio podemos definir como:
(20)

a) Emergencia:

Situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable, ya que la lesión puede progresar en severidad y producir complicaciones con alta probabilidad de muerte. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: paro cardiorrespiratoria, neumotórax a tensión, infarto al miocardio, etc.

b) Urgencia:

Situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importante consumo de recursos, en un corto período de tiempo por lo que amerita asistencia rápida (horas). Ejemplos de estas situaciones:

- Situaciones sin riesgo vital inmediato pero que pueden llegar a presentarlo en un período de tiempo breve por lo que urge un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico (p.ej: una tuberculosis).
- Urgencias sociales: una deficiente asistencia social obliga a resolver de forma inmediata problemas no médicos.
- Urgencias por inadecuada asistencia primaria.

Según la escala nacional de triaje del Reino Unido y los consensos realizados al triaje canadiense, que han obtenido buena validación al considerar a los pacientes que solicitan atención en los departamentos de Emergencias en cinco niveles o escalas, donde los del nivel I indica resucitación, nivel II emergencia, nivel III urgencia, nivel IV menos urgente o semi urgente y nivel V ninguna urgencia ⁽²¹⁾. A la vez estos niveles pueden ser agrupados bajo dos prioridades:

➤ **Prioridad Uno:**

(P1) Patologías emergentes o urgentes que requieren atención inmediata ya que representan un compromiso vital para el paciente según los conceptos de emergencia y urgencia. Engloban en este punto los pacientes del nivel I – II y, deben ser atendidos en un período menor a 15 minutos.

➤ **Prioridad Dos:**

(P2) Patologías que no requieren atención inmediata. Tratándose aquí de los pacientes del nivel III, IV y V. Todos deben atenderse en un período de 16 a 120 minutos.

NIVEL	NIVEL DE GRAVEDAD	TIEMPO
I	Resucitación	Inmediato
II	Emergencia	15 min
III	Urgencia	30 min
IV	Menos urgente	60 min
V	Ninguna urgencia	120 min

Tabla 1-. Triage Canadiense y la escala de la acuidad (CTAS)

Clasificación en 5 niveles (CTAS):

a. Nivel I- Requerimiento de resucitación

Situaciones que no admiten menor demora en la asistencia. Hay anormalidades cardiocirculatorias que crean inestabilidad hemodinámico y compromiso neurológico.

Ejemplo: Paro Cardio-respiratorio o en choque severo, éstos deben ser atendidos de inmediato ya que entre menor sea el tiempo para su atención mejor será el pronóstico y menos las complicaciones.

b. Nivel II- Riesgo vital inmediato

Con requerimiento de intervención precoz en cuanto al tiempo. Hay signos vitales, así como signos y síntomas que evidencian hipo perfusión y deterioro hemodinámico progresivo: valores extremos de presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, así como ventilación ineficaz y compromiso de conciencia. Al valorar el compromiso respiratorio hay que tomar en cuenta la frecuencia, saturación de oxígeno, el trabajo de los

músculos respiratorios así como el FEV1, ya que estos pueden estar alterados de forma crónica como en el EPOC. La evolución de la situación clínica es rápidamente evolutiva hacia un deterioro tal que va a determinar la muerte del paciente en los próximos minutos u horas. Es el caso de un politraumatizado grave, un infarto de miocardio con shock, etc. los que deben atenderse en un período de tiempo no mayor a 15 minutos. Estos dos grupos van directamente al área de reanimación (sala de choque) a la vez que se consideran como prioridad 1.

c. Nivel III- Riesgo vital potencial

Que requiere medidas diagnósticas y terapéuticas en el área de emergencia, con estabilidad fisiológica. Pueden presentar alteración de sus signos vitales pero cursar asintomáticos. En estos casos el paciente debe ser asistido en el área de Emergencia, aunque no en el área de reanimación, en principio. Para este grupo está establecido que deben atenderse en un período de tiempo no mayor a 30 minutos. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido (no emergente, dado que se encuentra estable desde el punto de vista fisiológico) aunque su situación, naturalmente, es esperable que empeore si no se actúa. Como ejemplo tomamos el dolor torácico con disnea, o el diabético con compromiso leve de conciencia, el cardiópata con palpitaciones, el hepatópata con sangrado digestivo, etc.

d. Nivel IV- Requerimiento de pruebas o terapéuticas en el marco del día de la consulta.

Sin entrar en la categoría del anterior, el paciente presenta un problema que, si bien no es para resolver en los próximos minutos por que su estabilidad fisiológica, no corre riesgo, se propone un período de tiempo no mayor a 60 minutos. Por la sintomatología o el examen físico, merece ser resuelto en el propio día, aunque no siempre en el área de emergencia. El paciente es asistido por un profesional, quien lo atiende y resuelve la problemática que lo trajo a solicitar atención hospitalaria.

Por ejemplo el dolor abdominal, los dolores articulares, la fiebre y otalgia, etc. Vale la pena mencionar, que en momentos de sobrecarga las fuerzas de

la Emergencia se vuelcan al problema mayor, o de mayor gravedad, por lo que las demoras se pueden producir.

e. Nivel V- Pacientes con problemas clínico – administrativo

La solicitud de atención podría haberse solucionado en un área de atención primaria. El tiempo estimado para atender a este grupo de pacientes no debiese ser mayor a 120 minutos. Estos pacientes son mal derivados a emergencia pero por las características propias del hospital y el sistema de salud vigente son atendidos y luego derivados a las clínicas de consulta externa o centros de atención primaria según el problema que presentan, para estudiarse y tratarse. Es el caso de aquellos pacientes que buscan un especialista para un problema que no es urgente, caso de una hernia inguinal no complicada, un nódulo mamario, etc.

2.4 HIPOTESIS

Existen factores relacionados al uso inadecuado del servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante julio del 2012 a julio del 2013.

Hipótesis estadística

H₀: No existen factores relacionados al uso inadecuado del servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante julio del 2012 a julio del 2013.

H₁: Existen algunos factores relacionados al uso inadecuado del servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante julio del 2012 a julio del 2013.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 Objetivo General:

- Determinar los factores relacionados al uso inadecuado del servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante julio del 2012 a julio del 2013.

2.5.2 Objetivos Específicos:

- Describir las características socio demográficas de los pacientes.
- Describir los factores predisponentes a la utilización de los servicios de emergencia
- Describir los factores facilitadores a la utilización de los servicios de emergencia
- Describir los factores de necesidad a la utilización de los servicios de emergencia
- Determinar la relación entre los factores predisponentes, facilitadores y de necesidad con el uso adecuado o inadecuado del servicio de emergencia.

3. MATERIAL Y METODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo analítico, porque en primer lugar se observará, medirá y describirá las variables de estudio, y luego se establecerá el grado de relación entre las variables de estudio.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se seleccionará el diseño observacional (No experimental) y de corte transversal.

El diseño a aplicarse en la presente investigación es observacional o no experimental, debido a que sólo se observará el fenómeno de estudio mas no se manipulará variable alguna. Asimismo, según la evolución del fenómeno estudiado, el diseño es de corte transversal, porque las variables se medirán en un solo momento.

3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR

Pacientes que acuden al servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Población a estudiar

Pacientes mayores de edad que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por diferentes problemas.

3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

No se aplicó el tipo ni la técnica de muestreo por que se registró a todos los pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, entre Julio del 2012 a Julio del 2013.

El tamaño de la muestra fue de acuerdo a la población de pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia en el periodo de estudio.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores o igual a 18 años
- Pacientes que acepten participar del estudio

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes pediátricos
- Pacientes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes referidos

3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Independiente

- Factores predisponentes
- Factores facilitadores
- Factores de necesidad

Dependiente

- Utilización de los servicios

Intervinientes

- Edad
- Sexo
- Estado civil

3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS

Se efectuaron las siguientes tareas para la recolección de la muestra:

- Se gestionaron las coordinaciones necesarias entre el investigador, la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de San Marcos (Residentado), Servicio de Medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao - Perú.
- Se procedió a invitar a los pacientes a participar en el estudio previo consentimiento informado
- La recolección de datos en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

- Se diseñó una base de datos haciendo uso del programa Estadístico SPSS versión 19 en español. Asimismo, se registraron los datos recolectados.
- Se realizó el control de calidad del registro en la base de datos, haciendo uso del paquete estadístico y consideramos los objetivos y la operacionalización de las variables, se procedió a obtener los estadísticos descriptivos e inferenciales; los mismos que se copiaron al programa Microsoft Excel 2010 y de esta manera se elaboraron las tablas y gráficos pertinentes.
- El análisis estadístico descriptivo se realizó mediante la elaboración de las tablas de frecuencia y porcentaje de las variables, dimensiones e indicadores establecidos.
- El análisis estadístico de relación se realizó mediante el estadístico chi-cuadrado.
- Para el análisis inferencial, se consideró como asociación significativa cuando el valor de p es menor de 0.05 al aplicar el chi-cuadrado.

4. RESULTADOS

A continuación los resultados los factores relacionados al uso inadecuado del servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante julio 2012 a julio 2013:

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Características sociodemográficas	N	%
Edad (\bar{x})	47.0	
Sexo		
Masculino	159	47,3%
Femenino	177	52,7%
Estado civil		
Conviviente	98	29.2%
Soltero	87	25,9%
Casado	83	24,7%
Otro	68	20,2%
Total	336	100%

En general, las características de los 336 pacientes atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, tienen edad promedio 47 años, principalmente de sexo femenino (52.7%) y masculino (47.3%). Asimismo, el 29.2% su estado civil era conviviente, 25.9% soltero, 24.7% casado y otro estado civil en un 20.2%.

Tabla 2. Factores predisponentes de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Factores predisponentes	N	%
Grado de Instrucción		
Sin instrucción	57	17,0%
Primaria	73	21,7%
Secundaria	115	34,2%
Superior	91	27,1%
Tipo de Familia		
F. Nuclear	39	11,6%
Extensa	165	49,1%
Monoparental	119	35,4%
Otro	13	3,9%
Actividad Laboral / Tipo de Trabajo		
Estable	56	16,7%
Informal	154	45,8%
Desempleado	126	37,5%
Total	336	100%

Respecto a los factores predisponentes, la mayoría tiene grado de instrucción principalmente secundaria (34.2%), seguido de superior (27.1%), primaria (21.7%) y sin instrucción (17.0%). En cuanto al tipo de familia, el 49.1% tenía una familia extensa, 35.4% monoparental (un solo padre y uno o varios hijos), 11.6% familia nuclear y 3.9% otro tipo. Además, la actividad laboral o de tipo de trabajo que manifestaron tener, la mayoría indico que era informal (45.8%), 37.5% era desempleado y 16.7% su condición era estable.

Tabla 3. Factores facilitadores del paciente que acude al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Factores facilitadores	N	%
Nivel de ingreso al mes		
A. > S/3.500	20	5,9%
B. S/2.500 - S/3.500	38	11,4%
C. S/1.500 – S/2.499	49	14,6%
D. S/750 – S/1.499	117	34,8%
E. <S/750	112	33,3%
Tipo de Seguro		
Sin seguro	39	11,6%
SIS	248	73,8%
AUS	28	8,3%
Otro	21	6,3%
Acompañante		
Si	198	58,9%
No	138	41,1%
Lugar de residencia		
En el callao	267	79,5%
Fuera del callao	69	20,5%
Total	336	100%

En relación a los factores facilitadores, el 33.3% de pacientes manifestó tener un ingreso menor a S/750, seguido de un 34.8% con un ingreso entre S/750 y S/1499, en el 14.6% su ingreso fue entre S/1500 y S/2499, del 11.4% tenía un ingreso de S/2500 a S/3500 y el 5.9% restante presenta ingresos mayores a S/3500. El 58.9% acude a su atención con un acompañante y su lugar de residencia de la mayoría fue callao (79.5%). También se observa que la mayoría menciono tener el seguro SIS (73.8%), 11.6% sin seguro, 8.3% fue AUS y 6.3% otro tipo de seguro.

Tabla 4. Factores facilitadores del paciente que acude al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Factores facilitadores	N	%
Hora a la que acude		
Día	237	70,5%
Noche	99	29,5%
Día de la semana que acude		
Lunes a viernes	256	76,2%
Sábado	43	12,8%
Domingo	37	11,0%
Tiempo de demora		
Hasta 15 min	113	33,6%
16 a 45 min	157	46,8%
46 min a mas	66	19,6%
Total	336	100%

Entre los factores facilitadores relacionados al tiempo de los pacientes mayormente acuden de día al centro de salud (70.5%) y 29.5% de noche. Por otro lado, el 76.2% acude de lunes a viernes, 12.8% sábados, 11.0% domingos. Respecto al tiempo de demora, el 46.7% fue entre 16 a 45 minutos, 33.6% hasta 15 minutos y 19.6% de 46 minutos a más.

Tabla 5. Factores de necesidad de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Factores de necesidad	N	%
Reconocimiento del problema o percepción de gravedad		
Si	204	60,7%
No	71	21,1%
Tengo dudas	61	18,2%
Decisión de buscar asistencia medica		
Acudí por mi cuenta	256	76,2%
Motivado por alguien	56	16,7%
Otros	24	7,1%
Demandar asistencia urgente o inmediata		
Si	287	85,4%
No	49	14,6%
Total	336	100%

En cuanto a los factores de necesidad, el 60.7% manifestó reconocer el problema o percibe la gravedad de la realidad, el 18.2% tenía dudas. Asimismo, la decisión de buscar asistencia médica en la mayoría fue por su propia cuenta (76.2%), un 16.7% fue porque lo motivo alguien. Además, el 85.4% de los pacientes demandaron asistencia urgente o inmediata.

Tabla 6. Prioridad del paciente que acude al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Prioridad del paciente	N	%
Adecuada (Prioridad I y II)	72	21,4%
Inadecuada (Prioridad III, IV y V)	264	78,6%
Total	336	100%

Se observó que el 78,6% de los pacientes fueron clasificados inadecuadamente (Prioridad III, IV y V), asimismo el 21,4% fue clasificado adecuadamente (Prioridad I y II).

Tabla 7. Prioridad según factores predisponentes de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Factores predisponentes:	Prioridad del paciente:				p (*)
	Inadecuada (Prioridad III, IV y V)		Adecuada (Prioridad I y II)		
	N	%	N	%	
Grado de Instrucción					
Sin instrucción	48	18,2%	9	12,5%	0,06
Primaria	65	24,6%	8	11,1%	
Secundaria	85	32,2%	30	41,7%	
Superior	66	25,0%	25	34,7%	
Tipo de Familia					
F. Nuclear	31	11,7%	8	11,1%	0,118
Extensa	125	47,3%	40	55,6%	
Monoparental	97	36,7%	22	30,6%	
Otro	11	4,2%	2	2,8%	
Actividad Laboral / Tipo de Trabajo					
Estable	54	20,5%	2	2,8%	0,023
Informal	99	37,5%	55	76,4%	
Desempleado	111	42,0%	15	20,8%	
Total	264	100%	72	100%	

(*) Prueba Chi Cuadrado

Se evaluó si existía relación entre los factores predisponentes y la prioridad del paciente, obteniéndose como resultado que la actividad laboral o tipo de trabajo se relaciona ($p=0.023$). El tipo de familia y el grado de instrucción no estaban relacionados con la prioridad del paciente ($p>0.05$).

Tabla 8. Prioridad según factores facilitadores de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Factores facilitadores	Prioridad del paciente				p (*)
	Inadecuada (Prioridad III, IV y V)		Adecuada (Prioridad I y II)		
	N	%	N	%	
Nivel de ingreso al mes					
A. >S/3.500	4	1.5%	2	2.8%	0,035
B. S/2.500 - S/3.500	30	11,4%	8	11,1%	
C. S/1.500 – S/2.499	40	15,2%	9	12,5%	
D. S/750 – S/1.499	92	34,1%	27	37,5%	
E. <S/750	100	37,9%	36	36,1%	
Tipo de Seguro					
Sin seguro	27	10,20%	12	16,70%	0,001
SIS	200	75,80%	48	66,70%	
AUS	20	7,60%	8	11,10%	
Otro	17	6,40%	4	5,60%	
Acompañante					
Si	158	59,80%	40	55,60%	0,879
No	106	40,20%	32	44,40%	
Lugar de residencia					
En el callao	202	76,50%	65	90,30%	0,038
Fuera del callao	62	23,50%	7	9,70%	
Total	264	100%	72	100%	

(*) Prueba Chi Cuadrado

En cuanto a la relación entre los factores facilitadores y la prioridad del paciente, el nivel de ingreso mensual está relacionado con la prioridad del pacientes ($p=0.035$), así como el tipo de seguro ($p=0.001$) y el lugar de residencia ($p=0.038$). Sin embargo no existe relación significativa ($p=0.879$) si el paciente va con acompañante o no.

Tabla 9. Prioridad según factores facilitadores de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Factores facilitadores	Prioridad del paciente:				p (*)
	Inadecuada		Adecuada		
	(Prioridad III, IV y V)		(Prioridad I y II)		
	N	%	N	%	
Hora a la que acude					
Día	182	68,9%	55	76,4%	0,02
Noche	82	31,1%	17	23,6%	
Día de la semana que acude					
Lunes a viernes	198	75,0%	58	80,6%	0,015
Sábado	34	12,9%	9	12,5%	
Domingo	32	12,1%	5	6,9%	
Tiempo de demora					
Hasta 15 min	94	35,6%	19	26,4%	0,265
16 a 45 min	116	43,9%	41	56,9%	
46 min a mas	54	20,5%	12	16,7%	
Total	264	100%	72	100%	

(*) Prueba Chi Cuadrado

En relación de los factores facilitadores se observa a la hora a la que acude al centro de salud ($p=0.02$) y el día de la semana que acude ($p=0.015$) presentan relación significativa, mientras que el tiempo de demora de atención no evidenciaron relación significativa ($p=0.265$).

Tabla 10. Prioridad según factores de necesidad de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2012 – 2013

Factores de necesidad	Prioridad del paciente:				p (*)
	Inadecuada (Prioridad III, IV y V)		Adecuada (Prioridad I y II)		
	N	%	N	%	
Reconocimiento del problema o percepción de gravedad					
Si	156	59,1%	48	66,7%	0,045
No	57	21,6%	14	19,4%	
Tengo dudas	51	19,3%	10	13,9%	
Decisión de buscar asistencia medica					
Acudí por mi cuenta	199	75,4%	57	79,2%	0,025
Motivado por alguien	47	17,8%	9	12,5%	
Otros	18	6,8%	6	8,3%	
Demandar asistencia urgente o inmediata					
Si	222	84,1%	65	90,3%	0,017
No	42	15,9%	7	9,7%	
Total	264	100%	72	100%	

(*) *Prueba Chi Cuadrado*

Además, se evaluó si existía relación entre los factores de necesidad y la prioridad del paciente, obteniéndose como resultado, que el reconocimiento del problema o percepción de gravedad si estaba relacionada con la prioridad del pacientes ($p=0.045$), así como la decisión de buscar asistencia médica ($p=0.025$) y demandar asistencia urgente o inmediata ($p=0.017$).

5. DISCUSIONES

Según los resultados obtenidos en el presente estudio sobre factores relacionados al uso inadecuado del servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se identificó varios factores. En primer termino factores predisponentes, como la actividad laboral o tipo de trabajo ($p=0.023$). En segundo término, factores facilitadores, como el nivel de ingreso mensual ($p=0.035$), el tipo de seguro ($p=0.001$), la hora a la que acude al centro de salud ($p=0.02$), el día de la semana que acude ($p=0.015$) y el lugar de residencia ($p=0.038$) y en tercer término, se encontró, que el reconocimiento del problema o percepción de gravedad ($p=0.045$), así como la decisión de buscar asistencia médica ($p=0.025$) y demandar asistencia urgente o inmediata ($p=0.017$), están relacionados con el uso inadecuado del servicio de emergencias. Estos resultados tienen un esquema similar al utilizado por Sánchez, en el estudio del servicio de cuidados clínicos y urgencias del Hospital Virgen de las Nieves – Granada, España, quien bajo la propuesta planteada por Andersen, identificó tres componentes fundamentales para analizar el servicio de urgencias, estos fueron: predisposición para utilizar los servicios (factores predisponentes), capacidad para obtenerlos (factores facilitadores) y nivel de enfermedad (factores de necesidad). Por otro lado, se observó que el tiempo de atención en la mayoría de los pacientes fue entre 16 a 45 minutos (46.7%). Álvarez y col., constató que el tiempo de permanencia en el área de emergencia fue de 124.42 minutos y la estancia total fue de 162.62 minutos, este resultado es semejante al encontrado por Llorente y col., donde la permanencia en el área de urgencias fue en promedio 126.4 minutos.

A su vez, en el estudio realizado por Girbes y col. encontró como factores que estaban relacionados con el mayor tiempo en urgencias: el venir acompañado y el tiempo que transcurrió. Este resultado es distinto al encontrado en nuestro estudio donde el tiempo de demora y venir acompañado no estaban relacionado con un el inadecuado uso del servicio de emergencia.

También, en el estudio realizado por Llorente sobre factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias, concluyo que la edad, la patología y gravedad del paciente atendido en urgencias generales contribuyen a alargar los

tiempos medios de estancia. La realización de varias pruebas complementarias y la demora en la gestión de camas de hospitalización constituyen los cuellos de botella más importantes para la agilidad del servicio. Estas características no fueron identificadas en nuestro estudio, pero nos permite tomar medidas de previsión para controlar este inadecuado servicio de urgencias.

Asimismo, Alonso y col., observó que más de la mitad de los pacientes accedieron por iniciativa propia al Servicio de Urgencias del Hospital de Asturias y los varones que acudieron fueron más que las mujeres, resultado análogo al encontrado en nuestro estudio donde más del 70% de los pacientes acudieron por cuenta propia al Servicio de Emergencia, pero en este caso la mayoría de la población que acudió fue femenina.

Además, Vinelli, encontró como factores de las consultas no urgentes, los días laborables, los pacientes que vivían a menos de 15 km del hospital, y la concurrencia al departamento de urgencias cuando eran niños. Estos resultados, son similares a los evaluados en el presente estudio, donde los días de semana que acuden los pacientes (lunes a viernes) y el lugar de residencia cerca al hospital están relacionados significativamente con el uso inadecuado de los pacientes del Servicio de Emergencia.

6. CONCLUSIONES

- Entre las características de los 336 pacientes atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, tenían como edad promedio 47 años, de sexo femenino (52.7%) y estado civil conviviente (29.2%).
- Respecto a los factores predisponentes: el grado de instrucción de la mayoría de pacientes fue secundaria (34.2%), superior (27.1%), primaria (21.7%) y sin instrucción (17.0%). En cuanto al tipo de familia, predominó la familia de tipo extensa (49.1%) y monoparental (35.4%). Además, la actividad laboral o tipo de trabajo fue informal en la mayoría de los casos (45.8%), seguido de 37.5% desempleados y 16.7% su condición era estable.
- Entre los factores facilitadores, el 33.3% de los pacientes tenía un ingreso menor a 750 nuevos soles, seguido de un 34.8% que indicó que este ingreso fue entre S/. 750 a 1499 nuevos soles principalmente. Asimismo, la mayoría tenía un seguro SIS (73.8%), acuden de día al centro de salud (70.5%), el 76.2% acude de lunes a viernes al centro de salud, el tiempo de demora fue entre 16 a 45 minutos (46.7%) en la mayoría de casos, el 58.9% acude a su atención con un acompañante y su lugar de residencia de la mayoría fue Callao (79.5%).
- En cuanto a los factores de necesidad, el 60.7% manifestó reconocer el problema o percibe la gravedad de la realidad. Asimismo, la decisión de buscar asistencia médica en la mayoría fue por su propia cuenta (76.2). Además, el 85.4% de los pacientes demandaron asistencia urgente o inmediata.
- Entre los factores predisponentes que estaban relacionados significativamente con la prioridad del paciente se encontró a la actividad laboral o tipo de trabajo y entre los factores facilitadores se encontró el nivel de ingreso mensual, el tipo de seguro, la hora a la que acude al centro de salud, el día de la semana que acude y el lugar de residencia. Y entre los factores de necesidad se encontró al reconocimiento del problema o percepción de gravedad, la decisión de buscar asistencia médica y demandar asistencia urgente o inmediata como factores relacionados significativamente.

7. RECOMENDACIONES

- Implementar formas de instrucción a los pacientes en el uso adecuado del servicio de emergencia, en los cuales los resultados deben ser medidos a través de indicadores que se pueda evaluar.
- Fortalecer el primer nivel de atención (Puestos y Centros de salud)
- Tomando los factores significativos de este estudio, profundizar y hacer un modelo explicativo de los posibles factores predictores para que los pacientes hagan un buen uso del servicio de emergencia.
- Establecer módulos auxiliares que puedan orientar y reorientar a los pacientes para el uso eficiente del servicio de emergencia.
- Implementar Escalas de Triage en las salas de Urgencias
- Educar a la población general en sesiones constantes en charlas, exposiciones, etc en escuelas, colegios , institutos , universidades, del uso adecuado se los Servicios de Urgencia

8. BIBLIOGRAFIA

1. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001;37:561-7.
2. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med*. 2001; 37:580-6.
3. Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Soc Sci Med*.1992; 35:1189-97.)
4. Cunningham PJ, Clancy CM, Cohen JW, Wilets M. The use of Hospital Emergency Departments for Nonurgent Health Problems: A national perspective. *Med Care Res & Rev* 1995;52:453-74.
5. Sánchez J., Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital médico quirúrgico ciudad sanitaria virgen de las Nieves. Granada. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad de Granada. *Emergencias* 2005; 17:138-144.
6. Gómez-Jiménez, Joseph; Becerra, Óscar; Boneu, Francisco; Burgués, Lluís; Pàmies, Salvador. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria *Gac Sanit*; 20(1): 40-46, ene. 2006. tab, graf Artículo en Español | IBECS (España).<http://scielo.isciii.es/pdf/gv20n1/original4.pdf>
7. Estudio del Triage y tiempos de espera en un servicio de Urgencias Hospitalarias. B. Álvarez Álvarez*, J. Gorostidi Pérez**, O. Rodríguez Maroto*, A. Antuña Egocheaga**, P. Alonso Alonso**Servicio de Urgencias. **Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Asturias *Emergencias*. Vol. 10, Núm. 2, Marzo-Abril 1998
8. Llorentee S, Arcos P, Fernandez M, en su estudio sobre “Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias” Departamento de Medicina. Unidad de Investigación en Emergencias y Desastre

- (Uied) Universidad de Oviedo. ** Gerencia Atención Primaria Área VIII Asturias. *Emergencias* 2000;12:164-171
9. Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Morán Portero FJ, San José Pizarro S, Hernández Arenillas P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2009; 21: 339-345)
 10. Pines J, Mullins PM, Cooper JK, Feng LB, Roth KE. National trends in emergency department use, care patterns, and quality of care of older adults in the United States. *J Am Geriatr Soc.* 2013 Jan; 61(1):12-7. doi: 10.1111/jgs.12072.
 11. Chavez A, Vasquez J, “ estudio de calidad de servicio de emergencia del Hospital Central de la PNP”, evaluaron atreves der indicadores de calidad la atención brindada en el servicio de emergencia del hospital PNP
 12. J. Gírbés, Juan V. Calduch Broseta, M.A. Carbonell Torregrosa. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, ISSN 1137-6821, Vol. 18, Nº. 1, 2006 , págs. 30-35 <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1428070>
 13. Margarita Alonso Fernández (1), Radhamés Hernández Mejía (2), Francisco del Busto Prado (3) y Antonio Cueto Espinar (2) *Rev San Hig Púb* 1993; 67: 3945 No. 1-Enero-Febrero 1993 UTILIZACION DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO
 14. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema HOWARD OVENS *Emergencias* 2010; 22: 244-246
 15. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(1):8-13 / 8 Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico Dr. Nicolás F. Vinellia, Dra. Carla Mannuccia, Dra. Natalia I. Labaa, Dr. Lorenzo del Vecchioa, Dra. Andrea Valerioa, Dra. María I. Lagoa Dra. María M. Nietoa
 16. - Clancy CM, Eisenberg JM. Emergency Medicine in Population-Based Systems of Care. *Ann Emerg Med* 1997; 30:800-3.).
 17. McCusker J, Karp I, Cardin S, Durand P, Morin J. Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review. *Acad Emerg Med* 2003; 10:1362-70.

18. Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. JAMA 1996; 276:460-5.
19. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitud, associated factors, a reasons. An approach with explicit criteria. Ann Emerg Med 2001; 37:568-79.
20. S.E.M.E.S (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) Actitud integral en urgencias. [Citado en 15 de Noviembre del 2000]. Disponible en URL: http://www.semes.org/web_institucional/la_semes/semes_institucional.htm
Murray M, Bullard M, Grafstein E; for the CTAS and CEDIS National
21. Working Groups. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. November 2004 (6) CJEM

9. GLOSARIO

- **Servicio de emergencia:** Departamento de atención primaria que ofrece un tratamiento inicial de pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales y requieren atención inmediata.
- **Emergencia:** Situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable, ya que la lesión puede progresar en severidad y producir complicaciones con alta probabilidad de muerte.
- **Urgencia:** Situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importante consumo de recursos, en un corto período de tiempo por lo que amerita asistencia rápida (horas).

10. ANEXOS

INDICE

I.	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
II.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41

I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta N°: **Fecha:** **Edad:**

Sexo: () Masculino () Femenino

Estado civil: **Unión** () Casado(a) () Conviviente () Soltero(a)
() Otro.....

PRIORIDAD DEL PACIENTE:

() Prioridad I () Paciente II () Prioridad III
() Prioridad IV () Prioridad V

FACTORES PREDISPONENTES:

Grado de instrucción

() Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior

Raza

() Mestizo () Blanco () Indígena () Negro () Mulato
() Asiático () Otro

Tipo de familia: () F. nuclear () Extensa () Monoparental () Otro

Actividad laboral o tipo de trabajo

() Estable () Informal () Desempleado

FACTORES FACILITADORES

Nivel de ingresos al mes:

A: Mas de S/3.500 B: S/2.500 a S/3.500 C: S/1.500 a S/2.499
D: S/750 A S/1499 E: Menos de S/750.

Tipo de seguro: () Sin seguro () SIS () AUS

() Otro seguro

Hora a la que acude: Día () Noche ()

Día de la semana que acude: De lunes a viernes () Sábado () Domingo ()

Tiempo de demora: Hasta 15 min () 16 a 45 minutos () 46 minutos a más ()

Acompañante: Si () No ()

Lugar de residencia: En el Callao () Fuera del Callao ()

FACTORES DE NECESIDAD

Reconocimiento del problema o percepción de gravedad:

Si () No () Tengo dudas ()

Decisión de buscar asistencia medica

Acudí por mi cuenta () Motivado por un alguien () Otros ().....

Demandar asistencia urgente o inmediata: Si () No ()

II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable		Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Fuente de verificación	Indicadores	
Utilización de los servicios		Según Protocolos de triaje, es decir filtros que clasifican a los pacientes asignando prioridades.	cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Prioridad I y II = Adecuada Prioridad III, IV y V Inadecuada	
Factores predisponentes	Grado de instrucción	Factores relacionados a la predisposición para utilizar los servicios.	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos.	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	
	Tipo de familia		Cualitativa	Nominal		Familia nuclear Extensa Monoparental Otro	
	Actividad laboral o tipo de trabajo		Cualitativa	Nominal		Estable Informal Desempleado	
Factores facilitadores	Nivel de ingresos al mes.	Factores relacionados a la capacidad para obtenerlos.	Cuantitativa	Razón	Ficha de recolección de datos.	A: S/.10.720 aprox. B: S/.2.990 aprox. C: S/.1.420 aprox. D: S/.1.030 aprox. E: S/.730 aprox.	
	Tipo de seguro		Cualitativa	Nominal		Sin seguro SIS AUS Otro seguro	
	Hora a la que acude		Cualitativa	Nominal		Día Noche	
	Día de la semana que acude					De lunes a viernes Sábado Domingo	
	Tiempo de demora		Cuantitativa	Intervalo		Hasta 15 minutos. De 16 a 45 minutos. De 46 minutos a más.	
	Acompañante		Cualitativa	Nominal		Si No	
	Lugar de residencia		Cualitativa	Nominal		En el Callao	

						Fuera del Callao
Factores de necesidad	Reconocimiento del problema o percepción de gravedad	Factores relacionados al nivel de enfermedad con el que acude.	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos.	Si No Tengo dudas
	Decisión de buscar asistencia medica		Cualitativa	Nominal		Acudí por mi cuenta Motivado por un alguien. Otros
	Demandar asistencia urgente o inmediata		Cualitativa	Nominal		Si No
Edad		Características sociodemográficas de los pacientes.	Cuantitativa	Razón	Ficha de recolección de datos.	En años
Sexo			Cualitativa	Nominal		Masculino Femenino
Estado civil			Cualitativa	Nominal		Unión estable Casado(a) Soletero(a) Otro